

ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

团 体 标 准

T/NXBX XXXX—XXXX

居家康复操作技术规范 脑卒中

Operational technical specifications for home-based stroke rehabilitation

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

宁夏标准化协会 发 布

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由宁夏职业技术学院提出并归口。

本文件起草单位：宁夏职业技术学院（宁夏开放大学）、高质标准化（宁夏）管理科学研究院

本文件主要起草人：李红、马立鹏

居家康复操作技术规范 脑卒中

1 范围

本文件规定了居家环境中脑卒中患者康复护理的基本要求、操作技术及注意事项。

本文件适用于患者家属、家庭照护者或经培训的社区护理人员在家庭场景中对脑卒中（急性期后病情稳定者）开展康复护理操作。

本文件不适用于脑卒中急性期（发病2周内）、严重并发症（如未控制的高血压、颅内高压、严重感染）或需医疗干预的紧急情况。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

脑卒中 cerebral stroke

突然发生的脑血管血液循环障碍，包括缺血性卒中（脑梗死）和出血性卒中（脑出血），可导致脑组织损伤及功能障碍（如运动、语言、吞咽障碍等）。

3.2

居家康复 home-based rehabilitation

患者在家庭环境中，由家属或照护者辅助完成的康复护理过程，以维持/改善功能、提高生活自理能力为目标。

3.3

良肢位摆放 good limb positioning

为预防脑卒中患者关节挛缩、压疮及异常运动模式，在卧床或坐位时对肢体采取的特定摆放姿势。

3.4

被动关节活动 passive range of motion (PROM)

由照护者辅助患者完成的关节全范围活动，维持关节活动度并促进血液循环。

4 基本要求

4.1 环境准备

4.1.1 居家环境应至少具备 1.5m×1.5m 的活动空间，通道宽度≥0.8m。

4.1.2 地面无障碍物（如电线、地毯），且干燥防滑。

4.1.3 卫生间安装扶手，床旁设护栏。

4.1.4 配备可调节高度的轮椅、四脚或两点式助行器、3~5 个软枕/靠垫。

4.1.5 家具桌角应加装防撞条，移除门槛及小件杂物

4.1.6 根据条件配置训练用平衡垫和防洒碗、加粗手柄勺等餐具，以及穿袜器等辅助工具。

4.2 人员要求

4.2.1 照护者

4.2.1.1 应接受过至少 8 学时的基础康复护理培训，包括但不限于良肢位摆放、体位转移技巧、急救技能。

4.2.1.2 应掌握患者基础信息，包括但不限于既往病史、用药清单、康复禁忌。

4.2.1.3 应掌握患者病情，包括但不限于意识状态、肢体肌力、基础疾病。

4.2.1.4 应掌握患者禁忌证，包括但不限于骨折未固定、严重疼痛。

4.2.2 患者

4.2.2.1 患者生命体征应平稳：

——血压 $\leq 160/100$ mmHg；

——心率 60~100 次/分。

4.2.2.2 患者应无发热、严重咳嗽或意识障碍（GCS 评分 ≥ 13 分）。

4.3 评估与记录

4.3.1 首次操作前应对患者进行以下评估：

——按照 Brunnstrom 分期量表评估肢体肌力；

注：Brunnstrom 分期是用于评估脑卒中后肢体运动功能恢复阶段的临床分级标准。

——按照 ROM 量表评估关节活动度；

——按照 ADL 量表（采用改良 Barthel 指数）评估日常生活能力；

——心理状态，如焦虑、抑郁倾向等；

——2 周内的影像检查无新鲜梗死灶/出血灶。

4.3.2 每日应记录以下情况：

——患者训练时长

——患者反应，包括但不限于疼痛、疲劳程度等；

——患者功能改善情况，包括但不限于关节活动度增加角度、独立完成 ADL 项目等。

4.3.3 每季度应由康复医师或治疗师评估患者功能状态并调整康复方案。

5 操作技术

5.1 良肢位摆放

5.1.1 基本原则

良肢位摆放训练适用于卧床期患者，预防患者的关节挛缩、压疮及肩手综合征，为后续功能训练打基础。

5.1.2 仰卧位

5.1.2.1 头部：枕头高度适中（约一拳高），面部朝向患侧，避免颈部过伸。

5.1.2.2 上肢：患侧肩胛骨下垫软枕（向前突出），肩关节外展 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ （避免内收），肘关节伸展，腕关节背伸 30° ，手指伸展（可握软质握力球）。

5.1.2.3 下肢：患侧髋关节下垫软枕（向外侧展开），膝关节下垫薄枕（微屈 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ ，避免过伸），踝关节保持中立位（足底垫三角枕防足下垂）。

5.1.2.4 健侧：自然放置，背后垫软枕支撑躯干。

5.1.3 患侧卧位

5.1.3.1 头部：枕头高度同仰卧位，患侧在下，面部转向健侧（避免压迫患侧）。

5.1.3.2 上肢：患侧上肢向前伸展（肩关节外展 $\leq 90^{\circ}$ ），前臂旋后，肘关节伸展，腕关节背伸，手指张开；健侧上肢放于身体上方或软枕上。

5.1.3.3 下肢：患侧下肢髋关节伸展、膝关节轻度屈曲（ $\leq 30^{\circ}$ ），健侧下肢屈髋屈膝（垫软枕支撑），避免压迫患侧肢体。

5.1.4 健侧卧位

5.1.4.1 头部：枕头高度适中，面部朝向健侧。

5.1.4.2 上肢：患侧上肢放于软枕上（抬高 $10^{\circ}\sim 20^{\circ}$ ），肩关节前屈 90° ，肘关节伸展，腕关节背伸；健侧上肢自然放置。

5.1.4.3 下肢：患侧下肢屈髋屈膝（垫软枕支撑），健侧下肢自然伸展。

5.1.4.4 健侧卧位应每2小时翻身1次，避免局部受压；骨突处（骶尾、足跟）应垫减压贴。

5.2 被动关节活动

5.2.1 基本原则

被动关节活动训练适用于各阶段患者，以维持患者关节活动度，促进血液循环，预防肌肉萎缩。

5.2.2 操作要求

5.2.2.1 操作顺序应从近端关节到远端关节（如肩→肘→腕→手指→髋→膝→踝）。

5.2.2.2 操作幅度应缓慢匀速，达到关节正常活动范围的终末端，至有轻微阻力感即可，避免暴力牵拉。

5.2.2.3 操作频率每个关节5~10次/组，2~3组/天，并根据患者耐受程度及时调整。

示例1：肩关节前屈（以患侧上肢为例）：照护者一手固定患者肩胛骨（手掌贴胸壁），另一手托住患侧肘部，缓慢向前上方抬起（至 180° ，避免过顶）。

示例2：肘关节伸展（以患侧上肢为例）：一手固定患者上臂，另一手握住腕部，缓慢伸直肘关节（从屈曲位→ 0° ）。

示例3：腕关节背伸（以患侧上肢为例）：一手固定患者前臂，另一手握住患者手掌，缓慢向上背伸手腕（至背伸 30° ）。

示例4：手指伸展（以患侧上肢为例）：用拇指从掌根向指尖方向推按，逐个展开手指（可配合分指板辅助）。

5.3 主动辅助运动

5.3.1 基本原则

主动辅助运动训练适用于Brunnstrom II~III期患者，以激发患者主动运动意愿，增强肌肉控制能力。

5.3.2 上肢抓握训练

照护者握住患者患侧手（四指包裹大鱼际，拇指对掌），辅助患者完成“抓-放”动作（如抓握毛巾、海绵块），逐渐过渡到患者主动用力（照护者仅提供部分助力）。

5.3.3 下肢踝泵运动训练

患者仰卧，照护者一手固定患者小腿，另一手握住足部，指导患者缓慢勾脚（背伸）→下压（跖屈），重复10次/组，2组/天。

5.4 日常生活活动能力训练

5.4.1 基本原则

通过训练提高患者独立完成吃饭、穿衣、如厕等日常活动的的能力。

5.4.2 进食训练

5.4.2.1 进食训练的体位为背部有支撑的坐位或上半身前倾的健侧卧位。

5.4.2.2 进食训练应使用带吸盘的防洒碗、长度约15cm的粗手柄勺和减少抬举幅度的缺口杯等辅助工具。

5.4.2.3 训练时，照护者示范“用勺取食→送入口中”动作，患者跟随练习。初始时可先练习用勺舀软食，如粥、豆腐。

5.4.3 穿衣训练

以训练患者穿开衫衣服为宜。训练步骤为：

a) 患者取坐位，照护者将患侧袖子展开至肘部；

b) 患者用健手将患侧手臂穿入袖子，照护者辅助提拉袖口；

c) 患者健手穿入健侧袖子，系扣子。

注：可用魔术贴替代复杂纽扣。

5.4.4 如厕训练

训练步骤为：

- a) 照护者辅助患者脱裤至膝部；
- b) 患者手扶扶手缓慢下蹲，或使用坐便器升高器；
- c) 患者如厕；
- d) 如厕后患者用健侧手清洁会阴部。

5.5 吞咽与言语训练

5.5.1 基本原则

吞咽与言语训练需经康复治疗师评估后进行

5.5.2 吞咽训练

5.5.2.1 进食时，患者应取低头位，下颌内收、避免仰头；饮水时用小口径吸管缓慢吸吮。

5.5.2.2 训练过程中，照护者应为患者进行口腔按摩，用指腹轻揉患者面颊、唇周（避开嘴角破损处），促进唾液分泌。

5.5.3 构音训练

5.5.3.1 应从单字到短句逐步练习；

示例1：单字：“啊”“爸”。

示例2：短句：“我要喝水”。

5.5.3.2 照护者重复患者发音，鼓励其放慢语速，纠正口型。如伸舌不足时用压舌板辅助。

5.6 心理支持

5.6.1 应多使用鼓励性语言，耐心倾听患者主诉。

示例：您刚才自己穿袜子做得很好！

5.6.2 观察患者是否出现沉默、易怒等表现，通过共同听音乐、看照片等方式缓解其焦虑。

5.6.3 鼓励其他家属轮流陪伴，避免患者产生孤独感。

6 操作要求

6.1 安全警示

6.1.1 训练前应检查环境的安全性，如轮椅刹车、扶手稳固性等，避免患者跌倒。

6.1.2 晨起、餐后 1h 内避免活动。

6.1.3 被动活动时若患者主诉疼痛（VAS $\geq$ 3 分）或出现关节弹响，立即停止并调整角度。

6.1.4 患者血压异常（收缩压 $>$ 180mmHg 或舒张压 $>$ 110mmHg）、严重心悸时，应暂停训练。

6.2 紧急处理

6.2.1 患者跌倒时，应先检查患者意识、有无外伤（如头部撞击），无昏迷者缓慢扶起，有出血立即加压止血并送医。

6.2.2 患者出现呛咳窒息时，应立即采用海姆立克法急救，无效则拨打 120。

注：海姆立克法：站位时施救者立于患者身后，双臂环绕腰部，握拳冲击上腹部。

7 康复终止与转诊

7.1 康复终止

7.1.1 出现以下任一情况应立即终止居家康复并紧急转诊：

- 意识障碍：Glasgow 昏迷评分（GCS） ≤ 12 分；
- 生命体征不稳：收缩压 $>180\text{mmHg}$ 或 $<90\text{mmHg}$ ，心率 <50 次/分或 >120 次/分；
- 新发神经功能缺损：突发完全性肢体瘫痪、失语、视野缺损等；
- 呼吸功能障碍： $\text{SpO}_2 < 90\%$ 或呼吸频率 >30 次/分。

7.1.2 符合以下条件且持续 4 周可考虑终止居家康复：

- 运动功能：Brunnstrom 分期达 V 期且 Fugl-Meyer 评分 ≥ 85 分；
- ADL 能力：Barthel 指数 ≥ 85 分且无跌倒风险；
- 并发症控制：无压疮、深静脉血栓等新发并发症。

7.1.3 出现以下情况的，应终止居家康复：

- 家庭环境不满足安全标准，如未完成无障碍改造、缺乏必要辅具；
- 照护者连续 2 次评估未掌握关键技能，包括但不限于海姆立克急救法、体位转移。

7.1.4 出现严重的心理、精神障碍，应转至精神科或精神专科医院治疗。

7.2 转诊要求

7.2.1 出现癫痫持续状态、消化道出血、严重肺部感染等情况的，应进行紧急转诊。

7.2.2 患者需高强度康复训练（如机器人辅助训练）、复杂并发症处理（如痉挛状态肉毒素注射）的，择期安排转诊。

7.2.3 转诊前，应整理患者病历资料（含影像报告、康复日志、并发症记录），并提前联系医疗机构康复科预约床位及专科医师。